3e Année. No 11. 1er Novembre 1882.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

Paraissant le 1er de chaque mois

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E.-J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

Les ouvrages remis en double seront annoncés ou analysés.

POUR TOUT CE QUI CONCERNE LA RÉDACTION

S'adresser à M. le Docteur E.-J. MOURE, 28, cours de l'Intendance, Bordeaux.

ABONNEMENT :

France . . . . 10f | Étranger. 12f

LES ABONNEMENTS PARTENT DU 1er JANVIER DE CHAQUE ANNÉE ET NE SONT REÇUS QUE POUR UN AN.

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXII

3e Année. N° 11. 1er Novembre 1882.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

Du mycosis tonsillaire, lingual et pharyngie ; Observations de deux cas

Par le Dr L. Bayer (de Bruxelles).

Au moment où me tombait sous la main la publication d'un cas de mycosis tonsillaris et lingualis benigna, décrit par E. Frankel (*Zeitschr. f. clin. méd.* 1882); j'avais moi-même en traitement un exemple très curieux de mycosis des amygdales, des papilles caliciformes de la langue et du pharynx. C'était le second cas de ce genre que je traitais; mon intention de publier mes deux observations fut encore plus arrêtée quand je m'aperçus que la littérature médicale n'abondait pas en faits de cette nature.

D'après la description de Frankel, il y a identité complète entre son cas et les miens; les symptômes, la marche de l'affection, la ténacité du microphyte et sa tendance à se reproduire ne diffèrent en rien; le siège est aussi le même; les amygdales et les papilles caliciformes de la base de la langue. Chez mon second malade

seulement, le microbe s'était déjà établi dans quelques glandes de la muqueuse pharyngée.

Voici, en peu de mots, l'histoire de mes deux malades :

Observation I.

Mme B..., âgée de vingt-huit ans, vint me consulter l'été de l'année 1879, envoyée par son professeur de chant. Sa voix était bonne; elle chantait dans des concerts de bienfaisance; elle n'éprouvait aucune douleur et aucune souffrance; le seul inconvénient qu'elle ressentait et qui la gênait pour chanter consistait en un chatouillement qu'elle éprouvait dans la gorge et qui la faisait fréquemment toussailler. A l'inspection du pharynx, on remarque des points blancs sur les amygdales, sans que ces dernières soient le siège d'aucune rougeur ni d'aucune inflammation. En y regardant de plus près et en touchant avec la sonde, on constate que ces points font saillie et qu'ils sont durs; ils forment des espèces de petits cônes blancs, pointus, qui n'ont aucune ressemblance avec les membranes blanches ou les concrétions qu'on y rencontre d'habitude. Les amygdales ne sont nullement sensibles; on croit pouvoir enlever ces pointes avec la sonde, mais c'est en vain car elles tiennent fermement et sont fortement implantées, elles résistent même à la curette; il n'y a qu'un moyen d'extraction, c'est de les arracher au moyen d'une bonne pince avec un coup sec.

A l'examen laryngoscopique, la première chose qui nous frappe, c'est la base de la langue où ces corps blancs se trouvent en plus grand nombre; et ces pointes, sortant des papilles caliciformes hypertrophiées, ressemblent assez à un casque prussien avec sa pointe; quelquefois, deux ou trois d'entre elles se trouvent réunies à la base. On constate, en outre, que les replis pharyngo-épiglottiques et les bords de l'épiglotte sont un peu irrités, de même que les cartilages aryténoïdes; en dehors de ces lésions, rien de particulier à noter.

Le traitement que j'avais adopté, après différents essais déjà indiqués, consiste à enlever complètement ces formations une à une, car, partout où elles n'étaient pas

entièrement détruites, elles repullulaient. Pour les amygdales, je me servis d'une forte pince droite à bec d'oie; j'arrachai celles des deux papilles au moyen de la pince à larynx. Une telle opération demandait de la patience de la part du médecin et de la part de la malade. Enfin, après de fréquentes séances, que je prolongeais jusqu'à ce que ma malade fut fatiguée, je réussis à la débarrasser de ses parasites qui n'ont plus reparu, comme j'ai eu, cet été l'occasion de m'en convaincre.

Ni dans ce cas ni dans le suivant, je n'ai eu recours au galvano-cautère à l'exemple de Fraenkel; je dois cependant convenir qu'il pourrait rendre des services pour détruire les reliquats du microphyte.

Observation II.

Le second cas est celui de Mlle S... de F... âgée de quinze ans, qui était depuis deux mois en traitement chez son médecin à la campagne pour une angine diphtéritique.

Malgré des cautérisations repétées au nitrate d'argent, l'angine ne voulait pas disparaître; une petite toux survint; la mère, inquiète surtout à cause d'antécédents héréditaires de phtisie, se décida à appeler mon ami le docteur Van Volxem, chirurgien à l'hôpital Saint-Pierre, qui, reconnaissant de suite la singularité du cas, m'envoya la malade.

Le 19 mars 1882, la malade se présenta chez moi; c'est une demoiselle de fort bonne mine, à laquelle on aurait plutôt donné l'âge de dix-huit ans. L'examen de la poitrine ne relève rien d'anormal. Il y avait un léger catarrhe naso-pharyngien, ainsi qu'un peu d'irritation du larynx mais l'aspect des amygdales était frappant.

Comme chez le porc-épic, des centaines de pointes blanches à la base et noirâtres à leur extrémité sortaient des amygdales dans les lacunes desquelles elles étaient enfoncées. Les unes s'élevaient isolément, les autres étaient réunis à la base et formaient des espèces de crêtes de coq, à bord libre et dentelé. L'attouchement digital donnait la sensation que l'on éprouve en passant le doigt sur une brosse. L'amygdale gauche surtout était par-

semée de ces corps et un petit lobe de celle-ci descendant très bas en formait tout un nid, tant ils y étaient accumulés. L'amygdale droite en était elle-même abondamment pourvue. Leur développement dans les papilles caliciformes était moins avancé, mais il en existait même quelques-uns sur le repli pharyngé latéral gauche, qui était quelque peu hypertrophié.

En cinq à six séances, prolongées (de une heure et demie), je parvins à arracher ces productions par le procédé indiqué dans le cas précédent; je fis sortir tout l'amas qui se trouvait dans le petit lobe appendiculaire de l'amygdale gauche, en comprimant celui-ci, comme on enlève des comédons. En même temps les amygdales reprenaient leur aspect normal; ma petite malade ne soufrait plus, aussi ne l'ai-je plus revue depuis quelques temps. Ces productions n'avaient guère de tendance à récidiver, parce que j'avais le soin de les extirper radicalement. Cependant tout n'ayant pas été enlevé, j'attends que le développement ultérieur de quelques germes restés me ramène ma malade.

Histologie. — A l'œil nu ces productions qui pouvaient avoir jusqu'à 5 centimètres de largeur et de hauteur, à bords dentelés et frangés, ressemblent au tissu corné. Les extrémités, dans le second cas, avaient été noircies par le nitrate d'argent.

L'examen microscopique démontra une composition de plaques d'épithéliums pavimenteux, jaunâtres, en transformation cornée, des bâtonnets et des fibres longitudinales, parsemés de petits grains ronds isolés, en groupe ou en rosaire. Les fibres et les bâtonnets formaient un réseau, mais pour la plus grande partie elles se réunissent longitudinalement en constituant des faisceaux qui étaient surtout bien tranchés à leurs extrémités. Il est probable que c'est pour cette raison que le professeur Sadebeck, botaniste, qui a déterminé le microphyte de Fraënkel, l'a appelé *bacillus fasciculatus*. Dans les petits grains ronds, il reconnaît les spores du *bacillus*; et il considère les fibres et les bâtonnets comme la première étape de leur développement. Bien que ces cas soient rares dans la littérature, on connaît des faits où des champignons

habitant la cavité buccale firent invasion dans l'organisme et se retrouvèrent dans des organes éloignés. Le *Lepthotrix buccalis* fut reconnu par Leyden et Jaffé dans les crachats putrides de la gangrène pulmonaire. L'*oïdium albicans*, par Rosenstein, dans la même affection.

Virchow a publié en 1846, un cas de « pneumono-mycosis carcinica ; » d'autres cas, furent communiqués par Célestin Nauwerk (1881). Israël a fait connaître dernièrement un exemple d'invasion de l'organisme par un microbe de nature indéterminée, mais qui ressemble au microbe de Fränkel et à celui de mes deux observations, tous ont été parfaitement bénins. D'après Rossbach, qui se base sur les travaux de Grohe et sur les expériences de Paul Grawitz, il pourrait s'agir d'un même microbe, bénin au fond, mais capable de devenir funeste dans des conditions favorables ou par la culture.

Ce qui est certain, c'est que dans mes deux cas, et dans celui de Fränkel, le champignon ne produisait qu'une affection locale et n'incommodait aucunement l'organisme en général.

D[r] L. Bayer.

De la perforation du tympan. — De ses cicatrices. Moyens d'y remédier

par le Docteur J. Baratoux

La perforation du tympan se produit généralement dans le cours d'une inflammation purulente de la caisse. Elle peut se montrer en quelques heures, ce fait est rare, cependant le plus souvent c'est au troisième ou quatrième jour de la maladie qu'elle survient; mais il est des cas où elle n'apparaît que vers le quinzième jour par exemple, lorsque le tympan est résistant naturellement ou par suite d'altérations antérieures. Nous savons, en effet, que le tympan est d'une épaisseur relativement considérable chez les nouveau-nés et recouvert d'une couche épidermique qui le met presque toujours à l'abri d'une solution de continuité. C'est ainsi que dans les autopsies que nous avons faites à l'hospice des Enfants-Assistés, dansle service de M. le professeur Parrot, nous avons pu constater des otorrhées purulentes dans nombre de cas de scarlatine, de variole, de rougeole, de diphthérie,

d'atrhepsie, etc., sans lésion aucune du tympan, la plupart du temps, quoique la caisse fut remplie de pus. Mais, si chez le tout jeune enfant, il est pour ainsi dire relativement rare de rencontrer une perforation du tympan dans le cours d'une otorrhée purulente, il n'en est plus de même dès qu'il avance en âge.

Dès que cette solution de continuité apparaît dans la membrane tympanique, la douleur qui existait dans l'oreille depuis le début de l'inflammation, cesse tout à coup; le malade éprouve un soulagement considérable dès que le pus commence à se montrer à l'extérieur. Il n'est pas toujours facile de voir la perforation qui peut quelquefois être cachée par une gouttelette de pus. Il arrive parfois qu'à son niveau on constate une pulsation due au choc que les artères impriment par la systole au liquide remplissant la caisse. Quoique la pulsation indique généralement que le tympan est ouvert en cet endroit il faut savoir qu'une pulsation sur le tympan n'est pas une règle absolue de perforation, attendu que les pulsations peuvent se montrer aussi dans les inflammations du tympan, par exemple. Mais comment alors en faire le diagnostic car, dans ce cas, la vue seule ne permet pas de voir s'il existe réellement une perforation, même lorsqu'on dirige l'éclairage sur les bords de l'ouverture de manière à apercevoir derrière eux, les différentes parties de la caisse ?

Il faut alors recourir au procédé de Politzer ou plus simplement à celui de Valsava. La sortie de l'air par la solution de continuité du tympan fait entendre un sifflement intense caractéristique de l'état de la membrane.

On pourrait encore verser un peu d'eau tiède dans l'oreille malade en inclinant la tête du patient sur l'oreille saine.

En exécutant le procédé de Politzer, on entendra un gazouillement qu'on peut même voir si l'on applique le speculum à ce moment,

C'est encore par ces procédés que l'on pourra reconnaître s'il y a ou non perforation complète lorsqu'on aperçoit à l'extrémité du spéculum un fond rosé qui, dans certains cas, n'est autre chose que l'accollement d'un tympan mince contre la paroi interne de la caisse dont

il reproduit les contours. Dans ce cas-ci aucun bruit ne se produira ni par le Valsalva, ni pas le Politzer.

Il en sera de même lorsque le tympan enflammé et gonflé pourra être pris pour une destruction totale de la membrane tympanique, outre que le siflement n'existera pas le malade aura une vive douleur; si le tympan n'était qu'hyperenié les osselets visibles dans ce cas, mettraient immédiatement sur la trace du diagnostic.

Il est encore un cas qui pourrait faire penser à une perforation du tympan. Nous avons vu, il y a quelques jours à notre clinique, un malade qui nous disait ne plus entendre de l'oreille (1). Il se plaignait d'un léger suintement purulent de ce côté. En examinant cette oreille nous vîmes au fond du conduit auditif une membrane rouge sombre obstruant complètement ce canal, si ce n'est en son milieu où il existait une ouverture d'environ 1 millimètre de diamètre.

La couleur de la membrane pouvait faire penser tout d'abord à une perforation centrale du tympan; car à l'ouverture se présentait une gouttelette d'un liquide blanc jaûnatre analogue à du pus. Nous engageâmes le patient à employer le procédé de Valsalva; aucun bruit ne se fit entendre, aucun changement dans l'état de l'oreille ne se produsit. En comparant l'autre oreille nous nous aperçumes que le tympan paraissait être situé un peu plus profondément; et, en mesurant la distance avec unetige, nous pûmes constater que la différence de profondeur des membranes variant entre elles de 2 millimètres à peine. Dans cet examen la membrane perforée était insensible quoique paraissant atteinte d'inflammation assez vive. Ces diverses raisons: absence de sifflement, de douleur, de sensibilité jointes à l'inégalité de profondeur de la membrane nous fit penser que nous étions en présence d'une membrane anormale qui devait cacher le tympan. Le stylet introduit dans son ouverture de manière à appuyer surses bords nous permit de constater qu'elle présentait une certaine résistance. Nous fîmes alors à sa partie inférieure une incision verticale allant jusqu'au cadre osseux; en incisant, nous eûmes

(1) La perception cranienne et l'acuité auditive de ce côté c'est-à-dire à droite, étaient nulles; à gauche, elles étaient normales.

une sensation analogue à celle que l'on éprouve lorsqu'un couteau entre dans un morceau de fromage de gruyère. Les lèvres de l'incision s'écartèrent sans donner issue à aucun liquide; nous fîmes une autre incision dans le sens du rayon à quelques millimètres de la première elle nous donna le même résultat.

Puis nous passâmes une tige-coudée à angle droit dans l'ouverture de cette membrane de manière à essayer de faire basculer la partie que nous avions incisée; un petit lambeau se détacha. Nous pûmes alors apercevoir une masse liquide de couleur blanchâtre située derrière la membrane. Au microscope, nous constatâmes que c'était des cellules épithéliales sans trace de globules purulents ou de parasites. La membrane avait la même constitution. Les injections que nous fîmes ne purent détacher la membrane; le malade nous dit que, du reste, il en avait fait précédemment et qu'il avait même fait quelques instillations d'eau tiède qu'il avait conservées pendant peu de temps chaque fois. Cependant nous pûmes voir la partie inférieure du tympan qui était légèrement enflammée. Le malade fit chez lui, trois fois par jour, des instillations tièdes avec

Bi-carbonate de soude....		0,50 grammes.
Eau....................	}	aâ 5 grammes.
Glycérine..............		

Le lendemain, l'ouverture de la membrane était un peu plus grande, nous en détachâmes quelques lambeaux avec un stylet, l'injection ne donnant, pour ainsi dire, aucun résultat, tant les cellules épithéliales adhéraient entre elles. La partie de la membrane qui touchait aux parois du conduit, c'est-à-dire la grande circonférence de la membrane avait environ 1 millimètre d'épaisseur, tandis que les bords de l'ouverture étaient tout à fait minces.

Ce ne fut qu'au bout de huit jours que je pus enlever complètement ces masses épithéliales. Le tympan apparut alors en entier; le manche du marteau était très retracté, ainsi que le tympan, mais il n'y avait aucune solution de continuité dans la membrane.

Donc, le procédé de Valsalva n'ayant pas déterminé de

sifflement chez ce malade porteur d'une membrane se trouvant à peu près à la profondeur du tympan et ayant tout à fait l'aspect d'une myringite chronique, nous fûmes amenés à comparer la longueur des deux conduits, ce qui nous permit de conclure que nous avions affaire à une fausse membrane tympanique. L'écoulement qui paraissait purulent étant dû à ce que le malade faisant des injections dans cette oreille, quelques lamelles épidermiques se détachaient et venaient se mélanger au liquide resté entre la membrane et le tympan. Quand le malade penchait l'oreille de ce côté, le liquide s'écoulait et venait lubréfier les parois du conduit, ce qui occasionnait le suintement dont il se plaignait.

Disons que l'acuité auditive du malade n'a pas changé après la disparition de la membrane; seule, la perception cranienne serait un peu revenue.

Telles sont les principales affections qui pourraient être confondues avec une perforation du tympan,

Une perforation du tympan arrivée dans le cours d'une rougeole, d'une scarlatine, d'une fièvre typhoïde, ne se cicatrise généralement pas. Elle reste telle qu'elle est, les bords s'épaississent et perdent leur coloration rouge, la perforation est sèche et persistante.

Au contraire, si le sujet est bien portant et si sa perforation est venue à la suite d'une otite causée par un refroidissement, la membrane pourra se refermer.

La cicatrice ne dépend nullement de la grandeur de la perforation; on voit une petite perforation persister tandis qu'une destruction totale du tympan pourra être remplacée par une nouvelle membrane.

Celle-ci peut se former rapidement, comme, par exemple, dans le cas suivant dont nous avons été témoin.

Th. O., âgé de 18 ans, se présente à notre clinique le 17 juin 1882.

A l'âge de 7 ans, il aurait eu une angine couenneuse dans le cours de laquelle serait survenue une otorrhée purulente à droite. L'oreille avait été guérie au bout de 5 semaines environ; mais cependant, depuis cette époque, ce malade était pris de temps en temps d'un nouvel écoulementde ce côté.

Il y a 8 jours il eut une amygdalite à droite et aujour-

d'hui l'on peut constater que l'amygdale droite déborde la luette pour se porter du côté opposé; la région cervicale est empâtée au niveau de la grosseur. Presque en même temps que son mal de gorge il a été pris de douleurs dans l'oreille droite, et peu après est survenu un écoulement purulent très abondant.

La perception cranienne est bonne ; l'acuité auditive est aussi bonne du côté gauche seulement, car, à droite, la montre n'est entendue qu'à 20 centimètres et la voix à 1 mètre environ. Je constate une perforation complète à droite. Traitement. — Insufflation d'acide borique.

Le 24 juin, l'oreille ne coule plus. La cicatrisation de la perforation est complète le 7 juillet.

Le malade entend alors la voix à plus de 3 mètres et la montre à 1 mètre.

C'est par les bords de l'ouveriure que la cicatrice commence à se faire. Le tissu de la cicatrice ne comprend pas les 3 couches du tympan (muqueuse, membrane propre et couche cutanée). La membrane propre manque. De là vient le degré de consistance moindre que présente la cicatrice.

Une cicatrice récente est difficile à diagnostiquer, elle est alors sur le même plan que le tympan, de sorte que l'on ne voit pas ses bords nettement limités. Bientôt elle s'atrophiera et s'enfoncera vers l'intérieur de la caisse, en produisant une concavité dans laquelle viendront s'amasser les rayons lumineux; c'est là la raison qui rend brillantes les cicatrices du tympan. Plus la perforation sera grande, plus aussi la cicatrice le sera, ainsi que la concavité de la membrane de nouvelle formation.

Si, il y a catarrhe ou obstruction des trompes, la cicatrice deviendra très concave; elle adhérera même aux parois de la caisse. Elle pourra parfois se développer en forme de cul de sac dans l'intérieur de l'oreille moyenne comme cela a souvent lieu lorsqu'elle est située à la périphérie. Dans ce cas, le diagnostic sera difficile à faire entre une perforation et une cicatrice, surtout si sa face interne est adhérente à la paroi interne de la caisse et en reproduit les saillies. On aperçoit alors par la fausse ouverture les diverses parties de la caisse, qui peut être plus ou moins rouge, ce qui laisse encore mieux

supposer que c'est la muqueuse que l'on voit directement, tandis que ce n'est que par transparence qu'elle se présente à nos regards, mais la cicatrice est tellement mince et tellement accolée à ses parois internes que l'illusion est complète.

S'il n'y a pas adhérence, le procédé de Valsalva, le cathétérisme ou le spéculum pneumatique renverseront la membrane en dehors, et produiront sur le tympan un sac convexe faisant saillie dans le conduit auditif externe.

La cicatrice déprimée du côté de la caisse peut parfois ne produire aucun trouble. Les osselets ont alors gardé leur mobilité, leur jeu respectif. L'ouïe est peu troublée.

Mais la cicatrice peut amener des altérations de la chaîne telle que pression des osselets les uns sur les autres, ce qui rend leur jeu moins libre et presse l'étrier contre la fenêtre ovale; il se produit alors des adhérences, des ankyloses qui amèneront des troubles de l'ouïe.

Il faut savoir que ce n'est pas la lésion du tympan, mais bien celle des osselets et surtout de l'étrier qui occasionne des désordres dans la perception des sons.

Aussi faut-il bien se garder de toucher à l'oreille, lorsque l'ouïe est bien conservée.

S'il y a de la dureté de l'ouïe, il faut en rechercher la cause.

La trompe n'est-elle pas perméable; est-elle atteinte d'inflammation? Y a t-il secrétion dans la caisse? La douche de Politzer et la cathétérisme nous donneront beaude renseignements à ce sujet. Mais il faudra éviter de faire une insufflation trop forte, car une rupture pourrait se produire et déterminer une vive douleur avec vertige et syncope, principalement chez les femmes nerveuses. Disons toutefois que la conséquence d'un tel accident est très peu ou point fâcheuse, attendu que la guérison vient vite.

Cependant, dans ce cas, il est préférable de ne pas employer le procédé Politzer ordinaire, mais de le modifier en disant au patient de faire une forte inspiration en rapprochant les lèvres comme dans l'acte de siffler au moment même où l'on comprime la poire en caoutchouc préalablement introduite dans une des narines.

La dureté de l'ouïe peut encore dépendre de la cica-

trice; et on peut dire que celle-ci en est la cause quand l'ouïe revient en partie après une douche pour redevenir peu après ce qu'elle était auparavant. Si après plusieurs expériences, on retombe toujours au point de départ on peut affirmer que la surdité est due à un défaut de résistance du tympan occasionnant des altérations dans le jeu des osselets.

La cicatrice présente comme nous le voyons, beaucoup de rapports avec l'atrophie du tympan. Cependant l'on peut parfois les distinguer. Ainsi la partie atrophiée apparaît souvent sous forme d'un petit triangle entre deux rayons saillants, tandis que la cicatrice est plus ronde. Dans les deux cas, l'on voit un triangle lumineux, mais celui de la partie atrophiée est plus marqué. Celle-ci est généralement située dans la partie postéro-supérieure du tympan, c'est-à-dire dans ses points les plus mobiles. Si l'autre oreille est atteinte de catarrhe de la trompe, on peut présumer que c'est une cicatrice. De même, lorsqu'on aperçoit des infiltrations calcaires sur la membrane, il faut penser à une cicatrice.

Traitement. — Comment remédier au relâchement du tympan dans les cas de cicatrices atrophiques?

Politzer a conseillé de tâcher d'amener un épaississement du tissu lâche de la cicatrice, en y faisant à plusieurs reprises des incisions multiples avec un couteau bien tranchant et à pointe très fixe. Il est certain qu'après plusieurs essais, la cicatrice devient plus dure. On a aussi cherché leur rétraction en les recouvrant d'une couche de collodion, mais le succès a été minime. On a alors proposé de les détruire au moyen du galvano-cautère, de manière à provoquer une nouvelle cicatrice rétractile. Mais ordinairement le catarrhe des trompes persistant, la nouvelle cicatrice s'atrophie et devient flasque comme l'autre. Aussi, dans les cas de surdité prononcée, on ne retirera que peu d'effets de ce traitement, qui donnera, au contraire, de bons résultats dans les cas de surdité légère.

Dernièrement, nous avons eu occasion de voir un cas de cicatrice chez une jeune femme, qui avait eu un écoulement purulent de l'oreille droite, il y a sept ans environ. A la suite de cette otorrhée, elle aurait eu de la

diminution de l'ouïe qui se serait notablement prononcée dans ces derniers temps, surtout depuis un mois. Depuis cette dernière époque, la malade aurait eu des bourdonnements intermittents comparables à un bruit de vapeur.

Sa perception cranienne est bonne; elle entend le diapason appliqué sur le vertex également des deux côtés, mais mieux lorsque les oreilles sont fermées.

La montre est entendue à 0.20 à droite.
— à 0.25 à gauche.
Les mots de une ou de deux syllabes à 0.50 à d.
— à 0.80 à g.
La conversation générale est difficilement suivie.

Le tympan droit présente une plaque calcaire dans son quart inférieur; au-dessus de cette infiltration, entre celle-ci et le manche du marteau, on aperçoit une partie brillante qui s'étend dans toute la partie postérieure du tympan, de manière à venir recouvrir par son bord supérieur, l'extrémité inférieure de la grande branche de l'enclume et la branche externe de l'étrier.

Le tympan gauche offre une cicatrice plus petite n'occupant que le tiers moyen de la partie postérieure du tympan.

Nous ne nous occuperons pas de l'oreille gauche, attendu que nous ne lui avons pas encore fait subir l'opération que nous avons pratiquée de l'autre côté.

La déglutition, les procédés de Toynbee et de Valsalva, font osciller fortement de dedans en dehors, et de dehors en dedans, la cicatrice du côté droit.

Après chaque Politzer, la malade entend la montre à $1^{m}30$ de ce côté et peut suivre la conversation, mais peu de temps après cette expérience, la surdité revient, mais cependant à un degré moindre que précédemment.

Cette dame se plaint d'avoir de la lourdeur de tête, et parfois même de la céphalalgie depuis que je lui ai donné des douches d'air; à diverses reprises elle aurait eu quelques légers étourdissements.

Voyant que la malade entendait beaucoup mieux à la suite des insufflations d'air, je lui propose d'essayer de lui rendre son audition par une opération qu'elle accepte

à condition que je tente d'abord de guérir son oreille droite.

J'avais mis de côté les applications de collodion, sur la partie cicatrisée, attendu que celle-ci était trop grande, que du reste elle venait s'appliquer sur l'étrier et qu'en outre cette méthode ne m'a jamais donné de brillants résultats.

Je renonçai aussi au bistouri, car la membrane était tellement mobile qu'elle cèderait sous la pression de mon couteau et se porterait vers la paroi interne de la caisse que je pourrai léser en occasionnant aussi des troubles de l'oreille interne à cause de la présence de l'étrier dans la surface de la cicatrice.

Quant à la destruction de la membrane, j'obtiendrai comme résultat ou une perforation permanente ou une nouvelle cicatrice ce que je ne cherche nullement. Aussi, je préférai recourir à une autre méthode et employer le galvo-cautère non pour détruire la membrane, mais pour appliquer une série de pointes de feu sur celle-ci, de manière à y former autant de nouvelles cicatrices rétractiles, cicatrices que l'on peut obtenir du reste avec le bistouri.

A cet effet, j'employai le polyscope de Trouvé qui permet d'avoir facilement la quantité d'électricité nécessaire pour rougir le cautère de l'oreille Ce cautère construit également par M. Trouvé se compose de 2 conducteurs métalliques en argent dont l'un est un tube dans lequel passe le deuxième pôle, d'argent également ; celui-ci est entouré d'une surface non conductrice qui l'isole du tube extérieur. A l'extrémité de ces deux conducteurs se trouve le cautère de platine très effilé. La disposition si simple d'une tige centrale dans un tube donne à l'appareil le plus petit volume possible.

C'est le 9 août dernier, que je fis l'application des pointes de feu sur le tympan droit de la malade, après lui avoir fait exécuter quelques Politzer afin de faire bien saillir la cicatrice en dehors.

L'opération ne fut suivie d'aucune douleur, et dès le lendemain, la malade entendait la montre à plus d'un mètre, et la voix basse à deux mètres. Depuis cette époque, les bourdonnements et les maux de tête ne sont pas revenus.

J'ai revu la malade aujourd'hui 18 octobre; la tache brillante du tympan a fait place à une tache terne. Quant à l'audition, la montre est entendue à 1m30, et la conversation à voix basse peut être suivie à 2 mètres.

La malade demande à être opérée du côté gauche, ce que je ferai ces jours-ci.

Ainsi j'ai pu, grâce au galvano-cautère, faire cette opération que je n'aurai peut-être pas tentée avec le bistouri, et une seule application des pointes de feu a produit les cicatrices rétractiles qui ont rendu au tympan sa tension primitive, au point que la malade entend aussi bien qu'autrefois.

Aussi, dans les cas de cicatrice occasionnant des troubles de l'ouïe, lorsque les osselets ne sont pas altérés, faut-il recourir au galvano-cautère, comme nous venons de l'indiquer.

Mais, cependant, il est des cas où l'on ne peut guère compter sur un aussi bon résultat, c'est quand les cicatrices adhèrent aux parois de la caisse et aux osselets. On peut essayer de les rompre avec la douche d'air, lorsqu'elles sont récentes, ou avec un petit couteau courbe ou coudé à angle variable quand ces cicatrices sont plus anciennes. On peut aussi employer le galvano-cautère; mais malheureusement ces cicatrices sont tellement nombreuses dans la plupart des cas, qu'on ne peut parvenir à un résultat satisfaisant. La thérapeutique est désarmée, et le malade condamné à vivre avec son infirmité. Cependant, dans quelques cas, une grande perforation artificielle peut rendre d'utiles services, comme nous le verrons dans une prochaine étude.

J. Baratoux.

Revue Bibliographique.

De l'insufflation d'air dans l'oreille moyenne.

Par le Docteur J. Rétif. — Thèse de Paris 1882.

Quoique le travail de M. Rétif ne soit pas original, il est cependant intéressant à certains points de vue. L'auteur a eu

l'heureuse idée de rassembler et de classer les divers procédés d'insufflation d'air dans l'oreille.

Après avoir résumé en quelques mots l'anatomie et la physiologie de la cavité nasale et de la région naso-pharyngienne, il énumère successivement les moyens d'insufflation sans cathéter c'est-à-dire les méthodes de Toynbee, Valsalva, Politzer, Lucae, Gruber et autres, mais il oublie de les classer comme il l'avait promis dans sa préface ; au surplus, cette classification est de peu d'importance.

Quelques lignes sont consacrées à l'appréciation de ces divers procédés.

Dans un deuxième chapitre, M. Rétif énumère suivant l'ordre chronologique les diverses méthodes de cathéterisme, Guyot, Boyer, Itard etc... Après avoir donné en quelques mots la manière de procéder de ces auteurs, M. Rétif classe ces procédés, en mettant dans un premier groupe ceux qui ont pratiqué le cathéterisme par la bouche (Guyot, Pomeroy, Kessel). Dans un deuxième groupe, il range ceux qui vont jusqu'à la cavité pharyngienne pour tourner le bec de la sonde en dehors et un peu en haut (Boyer, Saissy, Gairal, Hubert-Valleroux, Bonnafont, Lévi, Itard). Dans un troisième groupe les auteurs suivent la paroi externe du pharynx en ramenant la sonde en avant (Menière père, Yearsley, Politzer, Bing). Dans un quatrième groupe figurent les médecins qui retirent la sonde de quelques millimètres après avoir touché la paroi postérieure du pharynx (Trœltsch, Toynbee, Sapolini). Dans un cinquième groupe, ceux qui ont pris pour point de repère la partie postérieure du voile du palais (Wolff, Gruber, Tillaux). Dans un sixième groupe, les spécialistes qui ont choisi le bord postérieur de la cloison (Giampiétro, Garrigou-Desarènes et Loevenberg). Enfin dans un septième groupe, ceux qui ont suivi la paroi extérieure de la cannelure du cornet inférieur (Miot, Ladreit de la Charrière, Triquet, Ménière fils, Richet, Duplay, Gellé).

Cette énumération se termine par une critique de ces divers procédés ; l'auteur donne l'avantage à la méthode qui suit la paroi externe, en allant directement à la trompe ou en ramenant en avant la sonde qui a touché la paroi postérieure du pharynx.

Il conseille de choisir la courbure de ses sondes d'après le procédé du docteur Baratoux (procédé qui a été publié

dans cette revue au mois de juillet dernier), puis il indique les cas dans lesquels on doit faire usage du cathéter et donne quelques détails sur les difficultés et les accidents du cathétérisme. L'emphysème serait un accident rare, dit l'auteur.

Un chapitre spécial est consacré aux insufflations d'air comme moyen de diagnostic et un autre aux insufflations considérées au point de vue du traitement.

Comme nous le disions en commençant, cette thèse sera utile surtout à ceux qui voudraient étudier les divers procédés d'insufflation d'air dans l'oreille moyenne, sans qu'ils aient besoin de recourir aux mémoires originaux, mémoires nombreux à en juger par les noms des auteurs que nous avons cités dans le cours de cette analyse.

Sur un cas de fracture du cricoïde suivie de guérison

(*Su un casa di frattura della cricoïde seguita da guarigione*).

Par le Dr Piétro Masucci

Un cas de fracture du cartilage cricoïde qu'il eut à traiter pendant qu'il suppléait le professeur Masséi, procure au docteur P. Masucci l'occasion de faire l'histoire de cette lésion.

Les fractures du larynx, et en particulier celles du cricoïde, sont des accidents rares.

Dans les écrits anciens, il est vrai, il est fait mention de ces fractures produites non-seulement par la pendaison, mais encore par des chocs divers. Valsalva, Morgagni, Weiss, Réaldo, Colombo et Plink en citent des exemples. Monteggia, le premier, signale comme condition de leur production un certain état d'ossification du cartilage. Après lui, Cooper, Boyer, Chélius, etc., et à une époque plus rapprochée de nous, Richter, Ranzi et même Nélaton (éd. 1864) n'en parlent pas. Cependant Malgaigne, de Renzis, Erichsen, Roser, Masseï, Nélaton (éd. 1881) et Bardeleben exposent brièvement leurs causes et les symptômes. On lit aussi avec intérêt les monographies de Cavasse, Gurlt, Fredet, Béchade,

(1) Naples, *Vincenzo onofroo*, Mese, édit., 1882.

Mussat, Fessart et surtout d'Hénocque, les articles de Follin, et Duplay, de Durham, de Fischer, les expériences de Scheff et les observations de Koch, Treulich et Gohnhpackard, de Philadelphie.

Or, pour les anciens, les cartilages du larynx, pour pouvoir être fracturés, doivent être en voie d'ossification ou entièrement ossifiés. Les auteurs modernes, au contraire, prétendent généralement que ces fractures se rencontrent à tout âge. C'est pour trancher une question aussi importante et aussi controversée que le docteur Masucci a entrepris, souvent assisté du professeur Masséi, une série d'expériences pratiquées sur des chiens et sur des cadavres, en se plaçant, bien entendu, dans les conditions qui président habituellement au mécanisme de ses fractures, telles que coups de poing, de massue ou de bâton, strangulation avec les doigts ou la corde, heurt du cou contre le bord d'une table ou d'une fenêtre.

De ces différentes expériences, il résulte :

1° Que les fractures des cartilages du larynx sont rares;

2° Que, pour qu'elles se produisent, ces cartilages doivent avoir subi un certain degré d'ossification, et les coups ou chocs doivent être dirigés d'une certaine façon. Ainsi le corps contondant doit frapper directement le larynx d'avant en arrière, et non latéralement ou de haut en bas et *vice-versâ*, parce qu'alors il effleurerait l'organe phonateur sans le fracturer.

En outre, il est nécessaire que ce dernier soit fixé par l'action simultanée des muscles élévateurs et abaisseurs, et contracteur inférieur du pharynx;

3° Que, même l'ossification faisant défaut, on peut rencontrer tous les symptômes d'une fracture, mais l'examen anatomique ne relève que des lésions des parties molles, les cartilages étant intacts;

4° Que, exceptionnellement, même avec ossification des cartilages, la fracture peut manquer, comme dans un cas observé par Schrötter.

L'opinion de Liman et de Casper que la strangulation avec les doigts ne produit presque jamais la fracture (ils ne l'ont jamais rencontrée dans ce cas), se trouve corroborée par les expériences de l'auteur, par celles de Tardieu et par les observations de Robinson, de Remer et d'Offmann. Inu-

tile de dire qu'un larynx non ossifié peut être fracturé ou plutôt écrasé par une roue de charrette ou de machine.

Les statistiques d'Hénocque, Gurlt, Cavasse, Fischer et autres, prouvent que le cartilage thyroïde est le plus propre à se briser, puis vient le cricoïde, et enfin le thyroïde et le cricoïde ensemble. L'auteur a également constaté ces faits.

Un symptôme constant en même temps que le plus redoutable, puisqu'il entraîne souvent la mort, si on n'intervient pas énergiquement, est l'asphyxie, qui peut exister même en l'absence de toute fracture.

L'aphonie marche de pair avec l'asphyxie, et parfois la voix reste rauque longtemps après la disparition de cette dernière.

Un symptôme encore très fréquent, c'est l'hémorrhagie qui survient dans les cas de fracture comminutive.

Le craquement est généralement admis par les auteurs; mais Bœchel, Masséi et quelques autres ne le regardent pas comme constant. Ce signe, en effet, n'est nullement caractéristique de cette lésion, puisque dans ses expériences, l'auteur l'a trouvé tantôt positif et tantôt négatif, et qu'il existait presque toujours, lors même qu'il n'y avait pas fracture.

Il est facile d'expliquer la dysphagie consécutive au traumatisme et l'œdème des aryténoïdes qui est fréquent.

Mais il est inutile de s'appesantir sur les autres signes, tels que œdème du cou, ecchymose, etc., dont tout le monde connaît l'origine.

M. Masucci signale simplement l'emphysème qui, dans les cas graves, est produit par la dilacération des parties molles. De là peut résulter encore, à plus ou moins brève échéance, un abcès : cinq exemples de Gohnhpackard en sont la preuve.

Enfin, il ne saurait omettre un phénomène qu'il a constaté chaque fois que le choc a été porté sur la partie antérieure du cou; c'est une sorte de convulsion des muscles sus-et-sous-hyoïdiens qui fait exécuter au larynx des mouvements rapides et instantanés de montée et de descente.

Par ce qui précède, on peut juger de la difficulté de faire parfois le diagnostic de fracture, puisque avec tous ces symptômes, celle-ci peut manquer, et réciproquement.

Cependant, chez la malade dont l'auteur rapporte l'obser-

vation, le choc reçu, l'asphyxie, l'aphonie et la déformation extérieure du cou ne laissent aucun doute.

Bornant ses études aux considérations précédentes, M. le docteur Masucci n'a pas l'intention de parler des cures obtenues par la trachéotomie. Il a simplement voulu se rendre compte du mécanisme de la fracture et il espère, grâce à ses expériences, avoir résolu une question pendante.

Revue de la Presse

Un clou dans l'oreille. — Le docteur Edward HAUGHTON rapporte le cas d'une jeune dame qui vînt le consulter pour une surdité et un battement qu'elle éprouvait dans l'oreille droite; à l'examen avec le spéculum-auris, il constata la présence d'une masse noire située au fond du conduit auditif. Etant fortement enveloppée dans du sang coagulé et de la ouate, l'auteur ne put l'extraire à l'aide d'une forte injection d'eau, mais il parvint à sortir le corps étranger avec une petite pince à artère et munie d'un petit crochet qu'il avait placé à l'extrémité de cette dernière. Après l'avoir nettoyé, il reconnut un clou à tapis dont la pointe était placée vers le tympan et la tête vers l'extérieur (*The Lancet*, 21 octobre 1882.)

Fracture du cartilage thyroïde, emphysème du cou, trachéotomie. Guérison, par le D[r] Reginald HARRISON. — J. W. H. B..., âgé de soixante-trois ans, ayant reçu un coup de pied sur la gorge, éprouva presque aussitôt une difficulté considérable pour respirer, et les parties latérales du larynx commencèrent à se tuméfier. La gêne respiratoire devint bientôt telle que l'on dut pratiquer la trachéotomie pour éviter l'asphyxie; un examen consécutif un peu plus minutieux permit de constater que le cartilage thyroïde était fracturé. Le malade fut nourri pendant quatre jours par le rectum, et après ce laps de temps, il put commencer à avaler les liquides. Le 8 avril, dix jours après son entrée à *Liverpool Royal infirmary*, le malade put quitter l'hôpital complètement guéri, mais ayant la voix un peu rauque. Le docteur Harrison, fait observer que de pareils accidents sont rares et que dans ce cas par-

ticulier, les modifications subies par le cartilage avaient pu aider à la production d'une fracture par un simple coup de pied. (*The Lancet*, 17 juin 1882.)

Blessure du larynx avec déchirure et prolapsus de la muqueuse ventriculaire, et fracture de la lame latérale correspondante du cartilage thyroïde, par le Dr M. Bregen, de Francfort S.-M — Il s'agit d'un malade qui, empoigné à la gorge dans une rixe, présente des symptômes de bourdonnement d'oreille, avec diminution de l'ouïe du côté droit, peu de dyspnée, et une sensation de corps étranger, dont il essayait de se débarrasser par de fréquents mouvements de toux qui ramenait un peu de sang.

A l'examen laryngoscopique, on constate dans toute la partie droite du larynx une ecchymose. Le gonflement irrégulier de cette région devait faire songer à une déchirure de la corde vocale. Il y avait de l'emphysème cutané dans une petite étendue au niveau de la pomme d'Adam. Cet emphysème n'existait pas lors de l'examen fait immédiatement après l'accident. Il était difficile, à cause de la prudence qu'il fallait apporter dans l'exploration, de constater s'il y avait fracture.

On devait pourtant l'admettre, sinon l'emphysème se fut difficilement expliqué. L'auteur se rallie à l'idée d'une fracture. En effet, quand le gonflement se fut dissipé, il put constater une asymétrie évidente du larynx ; toute la partie droite était enfoncée et plus étroite que la partie gauche.

L'épiglotte était penchée de ce dernier coté. Peu de jours après, on put voir, à l'examen du larynx, que la corde vocale n'avait pas été blessée.

Sur celle-ci siégeait une petite tumeur de la grosseur d'un pois et adhérente à la muqueuse ventriculaire. Pendant la phonation, on remarquait une paralysie de la corde vocale droite, analogue à celle du muscle thyro-aryténoïdien interne droit. La voix était rauque et changeait très facilement de timbre. Après un repos de quelques jours, le gonflement et la petite tumeur se dissipèrent entièrement. Mais la paralysie de la corde persista. On essaie la faradisation cutanée, dont l'auteur ne se promet pas un grand résultat parcequ'il attribue la paralysie à une lésion du muscle; il obtient cependant une amélioration notable, ce que le malade constate lui-même, en émettant des sons.

Plusieurs séances suffirent pour amener les cordes vocales à se rejoindre parfaitement sur la ligne médiane. Après cinquante jours de traitement, le malade fut déclaré guéri. Voici l'état du larynx à ce moment : l'asymétrie existe encore mais beaucoup moins prononcée qu'auparavant ; la corde vocale droite semble plus étroite que la gauche. La parole est complètement libre.

L'auteur se demande si la faradisation a réellement aidé à la guérison ?

On pourrait cependant penser à une contusion du laryngé inférieur au niveau du bord supérieur du cartilage cricoïde, avant qu'il ne perfore le muscle crico-aryténoïdien latéral, contusion faite par la lame du cartilage thyroïde violemment pressée contre le cartilage cricoïde. L B.

Cas de périchondrite laryngée par L. Briéger. *(Clinique de Frerich, Berlin).* — Il existe une fracture traumatique de la lame latérale gauche du cartilage thyroïde qu'il est impossible de constater à cause de la tuméfaction momentanée du cou et de la périchondrite de la face externe et interne du thyroïde. Il se forme un abcès à l'endroit de la périchondrite externe; on l'incise.

Il est impossible de découvrir au moyen de la sonde une nécrose du cartilage; l'expectoration de pus par la bouche, à plusieurs reprises, fait supposer également l'existence d'un abcès. Survient le typhus auquel le malade résiste.

L'engorgement du cou disparaît et l'on constate alors une déviation du côté gauche du larynx, provoquée par une fracture longitudinale de la lame thyroïde gauche, dont le segment antérieur s'est superposé sur le plus grand segment postérieur, en faisant saillie; les deux segments sont mobiles, mais on ne peut les remettre en place. La dislocation des segments n'altère aucunement la voix Le cas mérite d'être cité comme heureux. (*Zeitsch. fur klin. med. von Frerich su* Leyden 1881, Band *III*, S 217. *Monatssch. fur Ohrenh.* n° 7. 1882.)

De l'extirpation du larynx et du pharynx, par le docteur Landerer. — Le docteur Landerer rapporte quatre cas de ce genre. Dans le premier, il s'agit d'un marchand, âgé de trente-six ans, atteint de cancer du larynx, qui fut trachéotomisé le 27 septembre 1879, et chez lequel on prati-

qua l'extirpation d'un carcinome par la laryngotomie, le 3 février 1880, et l'extirpation totale du larynx, le 26 février de la même année. Le 19 avril, le malade sortait guéri et la guérison se maintint dix-huit mois. Le second fait est relatif à un ouvrier mineur, âgé de cinquante-deux ans, qui fut trachéotomisé le 2 mars 1880, et auquel le larynx fut enlevé le 15 avril; la guérison se maintint pendant dix-sept mois. Le troisième fait est celui d'une tailleuse, âgée de quarante-cinq ans, atteinte d'un cancer du pharynx et du larynx, chez laquelle la trachéotomie fut pratiquée le 17 octobre 1880, et l'extirpation du larynx et du pharynx le 10 novembre de la même année; la malade mourut le 16 mars 1881, de récidive. Enfin, dans le dernier cas, il s'agit d'une femme, âgée de cinquante-sept ans et atteinte d'un cancer pharyngo-laryngien, trachéotomisée le 9 décembre 1880, et opérée le 17 janvier 1881 (extirpation du larynx), qui mourut le 24 janvier de pneumonie secondaire infectieuse.

Basé sur les cas précédents, l'auteur recommande de toujours pratiquer la trachéotomie préalable avant de faire l'extirpation du larynx. Cette dernière a enfin l'avantage de permettre au malade affaibli de reprendre des forces; de plus, elle modère la bronchite septique qui peut résulter de l'opération, et surtout, elle permet au conduit aérien d'être solidement uni à la peau, empêchant ainsi la fusion du pus qui résulte de l'inflammation péri-trachéale. De plus, cette opération préalable a le grand avantage d'habituer la muqueuse des voies aériennes à l'action directe de l'air dans ce conduit et aux chatouillements produits par la canule.

L'incision de la trachée devra toujours être faite le plus bas possible, afin qu'on ne soit pas obligé de toucher à cette dernière au moment de l'opération définitive. Avec Billroth et Gussenbauer, le docteur Thicisch recommande de conserver l'épiglotte, si cet opercule n'est pas atteint par la maladie. On empêchera l'entrée du sang dans les voies aériennes à l'aide de la canule-tampon. L'auteur laisse toujours la plaie ouverte sans faire de suture, alimentant ses malades avec la sonde œsophagienne qui fut introduite après l'opération et maintenue en place avec une cravate. Dès la fin de la deuxième semaine, les malades commencent à s'habituer à avaler des aliments demi-solides, mais ils ne peuvent boire que plus tard. Pour empêcher l'entrée du pus dans le médiastin et surtout

la pneumonie secondaire qui, sur 11 cas de mort survenue sur 28 opérés, a emporté 9 fois les patients, Thicisch recommande de placer ces derniers la tête renversée en arrière, de manière que l'ouverture trachéale soit la partie de la plaie la plus élevée pendant les six ou huit premiers jours. L'auteur a employé ensuite les larynx artificiels de Gussenbauer et de Bruns. (*Deutsch Zeitsch. f. chir. XVI, p. 149, et Centralbt. f. médic. Wissensch.*, 23 septembre 1882, n° 38),

Un cas de polype laryngien. (*Conférence du docteur Ariza, — Institut de thérapeutique opératoire laryngologique. — Hôpital de la Princesse à Madrid*). — Notre collègue et directeur de cet institut, le docteur F. Rubio, dit M. Ariza, va pratiquer prochainement la trachéotomie chez un malade arrivé depuis deux ou trois jours à Madrid, où il est venu chercher un remède contre une aphonie dont il est atteint depuis quatre ans.

Le diagnostic était important à faire et le docteur Rubio reconnut avec moi un polype laryngien qui nous parut nécessiter l'ouverture préventive de la trachée. Il s'agit d'une tumeur volumineuse et piriforme, dure, sessile, difficile à délimiter et obstruant à peu près tout le larynx, dont le sommet correspond à la face laryngée de l'épiglotte et dont la base s'insère sur les cordes vocales. En présence d'un tel état de choses on se demande comment peut s'effectuer la respiration qui, cependant, se fait sans bruit et sans entrave, à tel point que le malade ne présente aucun signe de dyspnée ? Que se passe-t-il donc? La seule explication plausible est la suivante : la tumeur est irrégulière et si considérable qu'elle ne peut contenir toute entière entre les cordes vocales et, s'appuyant sur les aryténoïdes, elle laisse entre les cartillages une échancrure par laquelle se fait le passage de l'air.

Le diagnostic étant bien établi, on doit songer au traitement.

La cautérisation faible ne donne aucun résultat et la cautérisation forte est dangereuse. Les frictions avec l'éponge, d'un si brillant succès, dans les cas des polypes mous, sont inutiles ici. Restent donc l'ablation et l'extirpation.

Le malade en question est d'une tolérance extrême, fait d'autant plus remarquable que d'après l'auteur espagnol, la sensibilité serait l'écueil d'une semblable opération. Malgré quelques légers accidents qui firent différer l'opération,

M. Ariza put extraire quelques lambeaux flottants du polype au milieu de mucosités sanguinolentes. Mais l'asphyxie étant imminente, il dut pratiquer l'extirpation de la tumeur avec une forte pince et aussitôt le calme fut rétabli. (*El siglo Médico*. 1882).

Des rapports de l'asthme et des polypes muqueux du nez. — Le docteur Alexis Jacquin rapproche des faits publiés par le docteur Joal, un cas de polypes muqueux du nez accompagnés d'asthme, observé chez un sujet arthritique et emphysémateux; mais l'ablation de ces tumeurs n'a pas été suivie de la disparition des troubles dyspnéiques. Cependant, l'auteur pense que les polypes entrent pour une certaine part dans le développement de l'asthme, et, à l'appui de cette idée, il fait l'hypothèse suivante, qui paraît rationnelle : les polypes, en constituant un obstacle à l'expiration, empêchent les vésicules pulmonaires de se vider complètement et développent, à la longue, la dilatation de ces vésicules.

De la sorte, malgré l'ablation des polypes, la dilatation reste un fait acquis, et l'asthme subsiste. (*Gazette des Hôpitaux*, 3 juin 1882, nº 64.)

Aphasie survenue pendant un accès de fièvre intermittente, par le Dr Maurice Friedmann, de Galszéco. — Un paysan de 23 ans, de constitution faible, perd la voix pendant un accès de fièvre intermittente; ni la langue ni le voile du palais ne sont paralysés, il n'existe aucune anomalie du côté des pupilles, des membres, etc. La rate seule est sensible à l'attouchement; la matité va jusqu'au nombril, surpasse en bas de trois doigts les côtes, et monte jusqu'à la cinquième.

Friedmann ajoute à ce fait différentes réflexions. S'agit-il d'une vraie aphonie? Une apoplexie se produisant pendant l'accès pourrait expliquer la perte de la parole; mais après l'apoplexie, la voix revient, ce qui n'est pas le cas ici. Une embolie ne peut non plus être admise, car il n'y a aucun trouble de la circulation; d'ailleurs on ne relève aucun autre symptôme d'embolie.

Si le malade avait appris à écrire, on aurait pu voir, s'il était capable d'écrire ses pensées, malheureusement il est illettré. L'auteur arrive enfin à conclure que la perte de la parole doit etre attribuée à une affection locale de l'organe vocal, à une parésie musculaire.

Quant à expliquer le rapport qui existe entre la fièvre et la

parésie des muscles du larynx, il livre son cas à l'appréciation des médecins, dont quelques-uns ont certainement rencontré des exemplas semblables. (*Wiener medic.* Presse n° 12, 1882.) L. B.

Essai de détermination expérimentale et morphologique du rôle fonctionnel des canaux semi-circulaires; communication à la Société de biologie, par M. Laborde. — Ce travail, qui constitue une introduction indispensable à l'étude de la maladie de Ménière, a conduit l'auteur à une systématisation qui, appuyée sur des données morphologiques concordantes, fournit la véritable clef de ce délicat problème physiologique : le rôle fonctionnel des *canaux semi-circulaires.*

On sait, depuis Flourens, qu'une lésion des canaux semi-circulaires, chez un animal, produit immédiatement, du côté de la tête d'abord, puis du côté des membres en mouvement, des phénomènes variés de déséquilibration motrice. Selon lui, et d'après ses expériences, cette variété serait dans la production des phénomènes en rapport direct avec le canal semi-circulaire impliqué et avec sa *direction*; d'où il conclut à des fonctions spéciales à ces canaux. Cependant, bien qu'il pense que ces phénomènes, malgré leurs apparentes analogies avec les phénomènes cérébelleux, n'ont avec la fonction de cet organe aucune liaison, il n'en conclut pas moins, par une contradiction singulière, que leur cause première réside essentiellement dans la *direction diverse* des fibres cérébelleuses. Celles-ci se trouveraient en relation avec les canaux semi-circulaires par la branche du nerf acoustique qui se distribue à ces canaux et qui constituerait une *paire nouvelle.*

En ajoutant que Flourens rattache tous les phénomènes nerveux fonctionnels à trois ordres de force et de principe : 1° le principe *excitateur* des mouvements qui résiderait dans toutes les parties du système nerveux; 2° le principe *régulateur*, qui émane du cervelet; 3° le principe *modérateur* qui réside tout à la fois dans les canaux semi-circulaires et dans les fibres opposées de l'encéphale; on aura complété sa théorie sur les canaux semi-circulaires, lesquels, en dernière analyse, constitueraient les organes modérateurs du mouvement. Et comme il y aurait dans ces canaux autant de forces modératrices opposées qu'il y a de directions principales, on a fait d'eux, dans ces derniers temps, l'organe d'un sens particulier, le *sens de l'espace*.

Il est juste de le reconnaître, les expériences de Flourens ont été parfaitement conçues et réalisées; seule, leur interprétation est erronée, ainsi qu'il sera démontré plus loin.

Purkinge publiait, presque en même temps que Flourens, des observations relatives à la sensation ou au phénomène dit du vertige, d'après lesquelles la sensation de vertige résulterait des mouvements des efforts inconscients qu'exécutent les muscles du corps et ceux des globes oculaires pour rétablir l'équilibre rompu par la rotation apparente du corps provoquée par les lésions des canaux semi-circulaires. Telle est, en substance, la théorie de Purkinge sur le vertige : or, son adaptation aux troubles fonctionnels dépendant d'une lésion des canaux semi-circulaires constitue le fond commun de tous les travaux qui font de ces troubles un phénomène de vertige, et basent sur cette considération la fonction desdits canaux. Ils ont pour auteurs E. de Cyon, Mach, Crun Brown, Breuer, Brown-Séquart et Vulpian. M. Lœvemberg a aussi écrit sur ce sujet un travail digne d'être signalé.

Il convient de se demander maintenant si la théorie de Flourens repose sur un fait aussi réel, aussi constant qu'il croit l'avoir expérimentalement établi. Or, les expériences fort démonstratives faites par M. Laborde sur le pigeon et sur le dindon attestent le contraire.

Il y a longtemps que des recherches expérimentales faites sur le bulbe rachidien avaient attiré l'attention de cet auteur sur certains phénomènes d'entraînement de la tête et du cou et de déséquilibration motrice concomitante, troubles analogues à ceux qu'occasionne la lésion des canaux semi-circulaires. On trouve dans les résultats constants des expériences de Laborde et Mathias Duval la démonstration de cette corrélation fonctionnelle. Elle peut s'expliquer ainsi : lorsqu'on a produit une lésion de l'appareil semi-circulaire, celle-ci va retentir, par voie de continuité, sur la région bulbaire déterminée, de façon à donner lieu aux troubles fonctionnels dont il s'agit. Or, on n'ignore pas que cette région, formée par des fibres cérébelleuses, appartient au centre fonctionnel proprement dit de l'équilibration et de l'association fonctionnelle des mouvements; il est, par suite, facile de comprendre que les troubles consécutifs à la lésion des canaux et au retentissement de cette lésion sur les fibres restiformes soient essentiellement des troubles de déséquilibration.

Telle est l'interprétation physiologique du fait. Mais comment l'appareil semi-circulaire se trouve en rapport de continuité avec les corps restiformes et par quel mécanisme s'opère le retentissement sur cette région de la lésion des canaux, les recherches de Mathias Duval sur les origines des nerfs cranio-bulbaires nous l'apprennent.

Cet auteur, par ses remarquables coupes histologiques, nous a mis en possession de cette notion morphologique capitale, à savoir que la racine antérieure ou ampullaire du nerf acoustique aboutit à un noyau moteur, ou, en termes physiologiques, sensitive au départ, elle devient motrice à l'arrivée. Elle diffère, sous ce rapport, de sa congénère, la racine postérieure, qui, après s'être distribuée au limaçon, va se rendre aux barbes du calamus, son origine apparente, et aux autres centres de perception. Cette différence, Gellé en a fait la contre-épreuve expérimentale négative, en utilisant une disposition anatomique de l'oreille interne particulière aux cobayes.

Grâce à toutes ces expériences si précises, on se trouve donc en mesure de définir exactement et de systématiser le rôle physiologique de l'appareil semi-circulaire. Mais, pour mieux rendre la pensée de l'auteur, nous allons le laisser parler lui-même.

« Toute lésion des ampoules semi-circulaire produit nécessairement une impression irritative ou excitatrice sur les expansions terminales du nerf (racine postérieure ou profonde de l'acoustique) qui s'y distribue; cette impression est transmise par la voie centripète des fibres constitutives de cette racine, où ? d'abord, au noyau des *cellules motrices* qui se trouve sur son passage. Or, toute impression sensitive qui passe par un noyau moteur, est transformée en acte moteur, par mécanisme *réflexe*; c'est ce qui a lieu ici. Mais, où se fait la réflexion ? Sur un centre fonctionnel spécial, celui de la coordination et de l'équilibration des mouvements. »

L'impression naturelle du sens remplaçant l'impression déterminée par la lésion artificielle, aboutit exactement au même mécanisme; « en sorte que la destination fonctionnelle des canaux semi-circulaires se trouve ramenée, en dernière analyse, à celle d'un appareil sensitivo-moteur annexé et approprié à un sens spécial, le sens de l'audition. »

« Comment comprendre et s'expliquer, la néc essitéde cette annexion et de cette appropriation ?

En général, l'exercice fonctionnel normal et parfait de la plupart de nos sens spéciaux exige l'intervention de mouvements locaux plus ou moins généralisés, appropriés à cet exercice et en harmonie avec lui ; de plus, ces mouvements sont, et doivent être, pour que le but soit atteint à cet effet, de l'ordre de ceux qui sont soustraits à l'influence de la volonté, c'est-à-dire inconscients, ils appartiennent, par conséquent, au mécanisme réflexe et demandent les dispositions morphologiques du système nerveux nécessaires à ce mécanisme : de là, l'annexion d'un appareil sensitivo-moteur spécial ou d'emprunt, qui, s'il n'est pas encore trouvé pour tous les organes des sens, le sera certainement un jour, car il est démontré, en principe : nous possédons, en grande partie, cette notion pour les phénomènes moteurs d'association et d'équilibration des globes oculaires; Broca a déterminé dans le remarquable mémoire que nous avons pris pour modèle de cette étude, les connexions structurales qui assurent le mécanisme réflexe ou inconscient des mouvements que provoque l'exercice du sens de l'olfaction chez les animaux chasseurs qui, comme le chien de chasse, puisent dans ce sens, développé au maximum, leurs principales qualités fonctionnelles, et, pour ainsi dire, l'instrument de leur force et de leur vitesse.

Dans l'espèce, c'est-à-dire en ce qui concerne le sens de l'audition, il n'est pas douteux que son exercice fonctionnel complet et parfait ne nécessite une locomotion appropriée de la tête et même de tout le corps, permettant l'adaptation ou, pour dire le vrai mot, l'*orientation* provoquée par l'impression sonore ; eh bien, l'appareil semi-circulaire, avec ses connexions structurales centrales, réalise l'appareil sensitivo-moteur le mieux approprié possible à la production immédiate et rapide de mouvements à la fois inconscients et coordonnés, puisqu'ils sont sous la dépendance du centre organique de l'équilibration motrice.

Ainsi se trouve ramenée à une des fonctions physiologiques les plus simples la fonction des canaux semi-circulaires, celle d'un *appareil sensitivo-moteur annexé au sens spécial de l'ouïe, pour en assurer le complet et parfait fonctionnement.* »

I. Angine herpétique. — II. Fièvre typhoïde, typhus laryngé, par le professeur Potain. (Hôpital Necker).

I. — Une malade entre dans le service avec les symptômes d'une angine pultacée ; mais le diagnostic ne tarde pas à être infirmé par le développement sur l'amygdale d'un point blanc gros comme une tête d'épingle, entouré d'une auréole rouge très prononcée, et par une éruption, sur le côté gauche de la lèvre inférieure, d'un groupe typique de vésicules d'herpès. Celles de la gorge sont presque éphémères, ce qui fait la difficulté du diagnostic.

Le pronostic est des plus bénins et quelques gargarismes émollients ou astringents suffiront à guérir cette angine.

II. — M. Potain présente les pièces anatomiques d'un malade qui était entré dans son service au septième jour d'une fièvre typhoïde bénigne, quoiqu'à forme adynamique.

Il en était à peu près arrivé à la phase de guérison, lorsqu'il fut pris subitement d'accès de toux violente, d'une bronchite et d'une laryngite très intenses, avec disphagie complète.

L'autopsie montre qu'il n'a pas succombé à la fièvre typhoïde, mais à une laryngite typhique, au typhus laryngé, non pas qu'il soit mort par asphyxie due au gonflement de la muqueuse laryngée, mais par épuisement. (*Gazette des hôpitaux*, 28 septembre 1882, n° 112).

Possibilité d'introduire un tube dans le larynx, sans produire de douleur ou une réaction quelconque, par M. Brown-Séquard. (Communication à l'Académie des sciences).

Par cette communication, l'auteur désire prendre acte de la découverte des faits suivants. Si, après avoir mis à nu le larynx chez des mammifères, on y fait arriver un courant très rapide d'acide carbonique, on s'aperçoit au bout d'un temps variable (de 15 secondes à 2 ou 3 minutes), que la sensibilité si exquise de la muqueuse laryngée est complètement perdue, et qu'il est possible conséquemment d'introduire un tube (et même un doigt, chez un gros chien), dans la cavité du larynx, de l'y tourner et de l'y retourner, sans produire de réaction. Cette expérience répétée chez des cobayes, des lapins et des chiens, a toujours donné le même résultat.

Lorsqu'on produit l'irritation du larynx à l'aide d'un courant d'acide carbonique ou par des vapeurs de chloroforme, on constate une agitation générale très vive en outre des réactions locales. Tout au contraire, lorsqu'on l'a soumis pendant quelques minutes à l'influence de l'un des deux, mais surtout à celle de l'acide carbonique, on constate que la puissance irritatrice de l'un ou de l'autre sur cet organe, est devenue nulle.

Cette anesthésie locale (qui, du reste, s'accompagne d'une anesthésie générale incomplète), ne disparaît guère qu'au bout de plusieurs minutes (de 2 à 8), après la cessation de l'irritation du larynx par l'acide carbonique.

Les animaux, qu'on a laissés survivre à ces expériences, n'ont présenté aucun mauvais effet local ou général dépendant de l'acide carbonique ou de l'irritation mécanique du larynx ou de la trachée.

Des expériences faites par M. Brown-Séquard sur luimême, en 1871, établissent déjà qu'un courant très rapide de cet agent peut être reçu dans l'arrière-bouche sans produire d'effets dangereux. Il est essentiel de les reprendre, et l'auteur se le propose, au point de vue nouveau de la production de l'anesthésie dans la muqueuse laryngée et des applications thérapeutiques qui peuvent en résulter. (*France médicale*, 3 octobre 1882, n° 39).

I. Épithélioma de la lèvre inférieure. — II. Cancroïde du dos du nez. — III. Épithélioma de la région pharyngienne, par le professeur Trélat. (*Hôpital Necker*).

I. — Un homme de trente-huit ans est porteur d'un épithélioma de la lèvre inférieure, depuis quelques mois seulement. Chez lui, la maladie est caractérisée par une petite ulcération siégeant sur le côté droit de la lèvre, large comme une pièce de cinquante centimes environ, recouverte de bourgeons charnus d'un rose grisâtre, saignant facilement et reposant sur un fond d'une certaine épaisseur et dur, sans engorgement ganglionnaire. On reconnaît aujourd'hui la bénignité, tout au moins relative de ces tumeurs, si bien que lorsqu'il y a récidive, celle-ci en général se fait longtemps attendre. M. Trélat a en opéré une, il y a quatorze ans, qui n'a jamais récidivé.

L'ablation est donc, en pareil cas, une excellente opération, à la condition toutefois qu'elle comprendra une assez large étendue et qu'elle sera pratiquée hâtivement pour ne pas exiger une trop grande perte de substance.

II. — M. Trélat, l'année dernière, traitait une femme de cinquante-sept ans, qui avait un tout petit cancroïde du dos du nez, cancroïde cutané, croûteux, à ulcérations récidivantes, par une application de pâte de Canquoin au chlorure de zinc. Non seulement la peau a été détruite, mais le cartilage a été atteint, et il en est résulté une fistule assez désagréable pour qu'une autoplastie soit devenue nécessaire.

L'auteur pratique une incision au-dessus et au-dessous de la fistule, libère les tissus au-dessous de l'incision et fait la suture.

III. — Il s'agit d'un Piémontais, âgé de cinquante-huit ans, sans antécédents héréditaires ni morbides, qui, il y a un an, observait sous l'angle de la mâchoire inférieure du côté droit, un gonflement ganglionnaire, d'abord peu marqué, mais qui, peu à peu, s'est accru au point de former, à un moment donné, une série de tumeurs assez considérables.

Trois mois plus tard, les mêmes accidents apparaissent du côté gauche.

A l'examen, on aperçoit, en effet, des deux côtés du cou, en avant surtout du muscle sterno-cléido-mastoïdien, dans la région parotidienne inférieure, une tumeur constituée par plusieurs lobes, dont quelques-uns isolés, les autres accolés.

Aucun d'eux n'est volumineux, mais l'ensemble forme de chaque côté une masse assez grosse et adhérente aux parties profondes.

De plus, on constatait, à son arrivée, un commencement de surdité, qui est aujourd'hui totale à droite. La voix a le timbre guttural. Enfin l'examen du pharynx montre le voile du palais un peu rouge, épais, comme dans le cas d'angine, et lorsque l'on cherche à faire prononeer au malade l'*a* clair, on aperçoit à droite une sorte de tumeur champignonnée mamelonnée, saignante et occupant toute la région de la trompe d'Eustache droite. C'est un épithélioma dont l'examen histologique fait par M. Laiteux a confirmé la nature.

Ce malade en rappelle un autre à l'auteur qu'il voyait il y a dix ans et qu'il refusa d'opérer; ce dont il eut à se louer, le malade ayant succombé dans le marasme quatre ou cinq mois après. Il refusait également d'opérer, il y a quatre ans, un de ses confrères de la Dordogne, pour un épithélioma amygdalo-pharyngien qu'un professeur de la Faculté enleva avec l'anse galvano-caustique. Un mois après, il y avait récidive et sept semaines après l'opération, le malade mourait.

M. Trélat conseille à cette occasion de se défier de ces gonflements ganglionnaires de la région latérale du cou, à développement lent et dont l'origine est bien souvent dans la région pharyngienne.

Il faut bien se garder d'intervenir et d'en pratiquer l'ablation. (*Gazette des hôpitaux*, 10 octobre 1882. — N° 117).

Le propriétaire-gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER, rue Cabirol, 16.